**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificação do Contratante (“Contratante”)** | |
| Nome: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data de Nascimento: | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificação do Paciente (“Paciente”)** (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado): | |
| Nome: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data de Nascimento: | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

\* No caso de paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado.

**CONSIDERANDO QUE**:

1. o Contratante e a **ONCOMED - CENTRO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DOENÇAS NEOPLÁSICAS LTDA.** (CNPJ/ME: n° 00.132.229/0003-41, “Contratada”) celebraram, na presente data, o Contrato de Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares, pelo qual restou pactuada a prestação, pela Contratada ao Contratante, de serviços médico-hospitalares, conforme prescrição/orientação do médico responsável pelo Paciente, em conformidade com os procedimentos internos da Contratante e no estrito cumprimento de todas as determinações e orientações de todas as autoridades governamentais aplicáveis (“Contrato”);
2. o Contratante se responsabilizou pelo pagamento de todos os custos e despesas médico-hospitalares advindas da referida prestação de serviços (“Despesas Hospitalares”), obrigando-se a quitá-las tão logo instado a fazê-lo pela Contratada;
3. nos termos do Contrato, caso, cumulativamente, (a) o Paciente seja, beneficiário de plano privado de assistência à saúde (“Plano de Saúde”); (b) o Plano de Saúde cubra a realização dos procedimentos a serem realizados pela Contratada; (c) o Plano de Saúde esteja válido e vigente; bem como (d) a Contratada tenha contrato de prestação de serviços médicos (Credenciamento) vigente com a empresa que opera o Plano de Saúde (“Operadora”), a Contratada poderá cobrar as Despesas Hospitalares diretamente da Operadora;
4. o Contratante, conforme previsto no item “ii” supra e consoante a Cláusula 6.1 do Contrato, na qualidade de responsável financeiro pelo Paciente, obriga-se a adimplir eventual Despesa Hospitalar que, por qualquer motivo, não seja coberta pelo Plano de Saúde e/ou pela Operadora, reconhecendo a sua responsabilidade relativamente à parcela não coberta, observado o disposto no item “iii” supra;
5. a Contratada não tem qualquer envolvimento na relação contratual ajustada entre o Paciente (ou seu responsável) e a Operadora e, havendo recusa ao pagamento por parte desta última, seja total ou parcial, a Contratada se reserva o direito de cobrar as Despesas Hospitalares devidas diretamente do Contratante, por tabela própria, a qual encontra-se à disposição para consulta na administração da Contratada;
6. na hipótese de o Paciente ser beneficiário de Plano de Saúde, o Contratante declara ter recebido da Operadora a documentação hábil (contrato) onde consta a abrangência da cobertura por ela oferecida, bem como as limitações e exclusões constantes do referido contrato, estando ciente que o simples fornecimento de guia/senha de autorização para internação do Paciente não garante a cobertura integral das Despesas Hospitalares pelo Plano de Saúde;
7. a mera alta hospitalar do Paciente não significa garantia de cobertura financeira pelo Plano de Saúde e/ou pela Operadora e tampouco a quitação total das Despesas Hospitalares, ficando resguardado à Contratada o direito de efetuar cobrança suplementar de qualquer débito verificado posteriormente diretamente do Contratante; e
8. o Paciente (ou o seu Responsável, conforme o caso), assinaram, [nesta data], Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, através do qual, **sem qualquer vício de vontade ou consentimento,** concedeu a sua plena e irrevogável autorização à Contratada para proceder à realização de todos e quaisquer serviços médico-hospitalares adequados e necessários à investigação, diagnóstico e tratamento do Paciente, conforme prescrição/orientação de seu médico responsável, ficando a Contratada autorizada, inclusive, ao uso dos serviços das unidades de terapia intensiva do hospital (“Procedimentos”).

Por este Termo de Autorização para Realização de Procedimentos Não Cobertos (“Termo”), o Contratante declara, para todos os fins de direito, que:

1. Está plenamente ciente de que, dentre os Procedimentos a serem realizados pela Contratada no Paciente, as Despesas Hospitalares relacionadas ao(s) [incluir o(s) procedimento(s) não coberto(s) pela Operadora] não são cobertas pelo Plano de Saúde (“Procedimentos Não Cobertos”) e, portanto, a sua respectiva cobrança pela Contratada será realizada diretamente ao Contratante, conforme valores indicados em tabela própria, previamente disponibilizada ao Contratante para conhecimento.
2. Teve oportunidade de livremente perguntar todas as dúvidas e que, conforme aplicável, recebeu todas as respostas das equipes médica e administrativa/financeira da Contratada, as quais esclareceram todas as eventuais dúvidas relativas aos Procedimentos, incluindo os Procedimentos Não Cobertos, aos quais o Paciente será submetido, em especial, mas não limitado, para fins de sua própria averiguação, junto à Operadora, acerca de quais Despesas Hospitalares são cobertas ou não pelo Plano de Saúde.
3. Está ciente que a Contratada não tem qualquer ingerência no relacionamento entre o Paciente (ou seu responsável) e a Operadora, sendo responsabilidade única e exclusiva do Paciente ou do seu responsável, conforme aplicável, verificar previamente quais são os eventuais Procedimentos Não Cobertos a serem realizados no Paciente, isentando expressamente a Contratada e a Operadora de qualquer responsabilidade nesse sentido, inclusive em razão de cobrança realizada diretamente ao Contratante, por tabela própria da Contratada, em tais situações.
4. Não possui qualquer pretensão, pedido ou reclamação de qualquer natureza e renuncia, em caráter irrevogável e irretratável, a deduzir ou reclamar, perante qualquer instância, juízo, tribunal, autoridade ou órgão público, ou ainda foros e espaços profissionais, sociais ou de convívio, reparação civil, criminal ou qualquer outro remédio jurídico, renunciando, ainda, ao poder, capacidade, pretensão, ação ou direito de notificar, iniciar, distribuir, deduzir, promover, manter, patrocinar ou ajuizar contra a Contratada e/ou a Operadora qualquer demanda por ato ou fato relacionado aos atos, fatos e obrigações oriundos, relacionados, decorrentes ou emanados, de qualquer forma, da relação de prestação de serviços pactuado no Contrato.
5. Os “Considerandos” referenciados no preâmbulo deste Termo constituem parte inseparável deste instrumento e devem direcionar e orientar sua interpretação, bem como que o presente Termo é celebrado em caráter irrevogável e irretratável e representa o entendimento firmado entre as partes em sua totalidade no tocante às matérias aqui reguladas e prevalece sobre quaisquer outros entendimentos ou documentos firmados entre as Partes sobre as mesmas matérias, com exceção do quanto pactuado no Contrato.

Ante todo o exposto, o Contratante certifica que leu este Termo, que foi devidamente explicado para ele, de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível e que compreende e concorda com tudo que lhe foi esclarecido. Ainda, que teve a oportunidade de fazer perguntas, as quais lhe foram respondidas de forma igualmente compreensível, não restando assim nenhuma dúvida adicional.

Pleno deste entendimento, o Contratante **autoriza a Contratada à realização dos Procedimentos propostos, nos termos previstos no Contrato**.

Belo Horizonte, MG, [\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_][\_\_:\_\_]

|  |
| --- |
| **Contratante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |